Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität Kiel.

Zur Lehre von den nach Schädelbrüchen entstehenden Neurosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Kurt Warnek

aus Bielefeld (Westfalen.)

Kiel 1909

Bielefeld 1909.
Druck von F. Eilers.

Aus der Psychiatrischen und Nerven-Klinik der Universität Kiel.

Zur Lehre von den nach Schädelbrüchen entstehenden Neurosen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät
der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Kurt Warnek
aus Bielefeld (Westfalen.)

Kiel 1909

Bielefeld 1909.
Druck von F. Eilers.

Nr. 41.
Rektoratsjahr 1909/10.

Referent: **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Siemerling,
z. Z. Dekan.

Die Kenntnis der traumatischen Neurosen resp. Neurosen nach Unfall ist keine sehr alte. Sie reicht nur bis in die siebenziger Jahre des verflossenen Jahrhunderts zurück. Die ersten Fälle, die bekannt wurden, beziehen sich auf stattgehabte Eisenbahnunfälle. Derjenige Autor, der die Aufmerksamkeit der Ärzte zuerst in nachdrücklicher Weise auf gewisse, nach Verletzungen und besonders nach Eisenbahnunfällen auftretende Krankheitszustände lenkte, war Erichsen mit seinem 1866 in London erschienenen und 1868 ins Deutsche übersetztem Buche „Über die Verletzungen der centralen Teile des Nervensystems". Erichsen fasste die in Rede stehenden Krankheitsbilder als organisch bedingt auf und glaubte, dass der Sitz des Krankheitsprozesses im Rückenmark zu suchen sei. Auf seine Auffassung ist auch die Bezeichnung „railway spine" zurückzuführen. In Deutschland waren es hauptsächlich Erb, Westphal, Bernhard und vor allem Rigler (Über die Folgen von Verletzungen auf Eisenbahnen, Berlin 1879), die das neubeschriebene Krankheitsbild studierten und Erichsens Auffassung über dessen Wesen teilten. Ein bedeutender Fortschritt wurde durch eine Arbeit Möcli's aus dem Jahre 1881 eingeleitet. Diese Arbeit brachte nämlich „Über psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen" handelnd, zuerst das psychische Moment in der Pathologie der traumatischen Krankheiten in die Diskussion. Einen weiteren Fortschritt in der angedeuteten Richtung bildeten Arbeiten von Wilks aus dem Jahre 1883 und von Walton, die „Hemianaesthesie nach trauma", also ein meist funktionell bedingtes Sympton beschrieben. Oppenheim hatte in seinen Arbeiten „über sensorische Anaesthesien" bereits den cerebralen Charakter des Leidens erkannt und die zahlreichen funktionellen Züge des Krankheitsbildes betont.

Er ist es, dem die Lehre von den traumatischen Nervenerkrankungen hier in Deutschland die grösste Förderung verdankt. Aber erst Charcot tat 1886 den wichtigsten und letzten Schritt auf dem Wege der Krankheitserkenntnis, indem

er der Überzeugung Ausdruck gab, dass das ganze Krankheitsbild ein funktionelles und psychisch bedingtes sei. Die Charcotsche Auffassung von dem Wesen der traumatischen Erkrankungen ist zweifellos diejenige, die für die bei den meisten Neurologen heutzutage bestehenden Anschauungen grundlegend geworden ist. Die Entwickelung der Geschichte des Krankheitsbegriffes ist damit noch nicht beendet. Charcot will die nach traumen entstehenden nervösen Erscheinungen als rein hysterisch aufgefasst wissen. Dem gegenüber steht Oppenheim in seinem im Jahre 1889 erschienenen berühmten Buche auf einem entgegengesetzten Standpunkte. Von ihm stammt der Sammelbegriff traumatische Neurosen und er betont, dass das Krankheitsbild der traumatischen Neurosen eine Sonderstellung einnehme, es sei ein eigenartiges und von den nach anderen Ursachen eingetretenen verschiedenes. Dagegen erhob sich aber bald lebhafter und vielfacher Widerspruch von seiten der angesehensten Neurologen. Besonders Jolly, Eisenlohr, Mendel leugneten die Spezifität der traumatischen Neurosen als eigenartiges Krankheitsbild und wollten statt der schematisierenden Bezeichnung „traumatische Neurosen" für den bestehenden Symptomkomplex je nach seiner besonderen Färbung die Bezeichnung traumatische Hysterie, traumatische Hypochondrie etc. eingeführt wissen. Eine völlige Einigung in diesem Punkte ist bis heute noch nicht erzielt. Wie wir aus der Geschichte der traumatischen Neurosen ersehen, spielt bei deren Enstehung die psychische Läsion die Hauptrolle. So erklärt es sich, dass auch nach sehr unbedeutenden Unfällen schwere traumatische Neurosen auftreten und dass selbst solche Personen an traumatischen Neurosen erkranken, die dicht vor einem Unfall standen, darüber in höchste Angst gerieten, demselben aber noch im letzten Augenblick entgingen. Pathogenetisch sind die traumatischen Neurosen nach Oppenheim eine Folge der physischen u. psychischen Erschütterung. Beide bewirken molekulare Veränderungen besonders im Grosshirn und in den Gebieten, die die höheren seelischen und die in Beziehung zu diesen stehenden motorischen, sensorischen und sensiblen Funktionen beherrschen. Auch ein die Peripherie des Körpers treffendes trauma kann nach Oppenheim eine Neurose auslösen, indem dieses dadurch auf das Grosshirn wirkt, dass sich die stattgehabte Erschütterung direkt in der Bahn der sensiblen Nerven dorthin fortpflanzt und hier dieselben Veränderungen hervorruft. Nach Strümpell sind es vor allem die Begehrungsvorstellungen, der Wunsch, eine Rente zu erlangen, das Bewusstsein, sie beanspruchen zu können, die bei dem Zustandekommen der traumatischen Neurosen eine wesentliche, wenn nicht die Hauptrolle spielen. Eine Praedis-

position ist gegeben hauptsächlich durch chron. Alkoholmissbrauch, chron. Bleivergiftung, chron. Metallvergiftung, ferner durch eine Reihe von Berufsschädlichkeiten, wie sie verbunden sind mit Arbeiten in grosser Hitze, mit Arbeiten in sehr geräuschvollen Betrieben und mit Dienstverrichtungen, die eine grosse Verantwortlichkeit mit sich bringen oder die einer strengen Disziplin unterstehen. In den Fällen, die sich mit rein psychischer Pathogenese geltend machen, kommen als praedisponierende Momente in Betracht, die psychische speziell die intellektuelle Minderwertigkeit. Die Erscheinungen, die die Neurosen darbieten, decken sich vielfach mit denen der Neurosen und Psychosen, vor allem der Neurasthenie, Hysterie und Hypochondrie. Das Symptombild entspricht zuweilen völlig dem einer dieser Neurosen, meistens beruht es jedoch auf einer Kombination hysterischer und neurasthenischer Erscheinungen und mit diesen verbinden sich oft Symptome und Symptomgruppen, die zwar aus dem Rahmen der Hysterie und der Neurasthenie heraustreten, aber ebenfalls auf funktionelle Störungen zurückgeführt werden müssen. (Reflexneurose, Epilepsie, Psychosen.) Die Symptome treten zuweilen unmittelbar nach dem Unfall auf, oft vergehen Tage, Wochen und selbst Monate bis zu ihrer Entwickelung. Schmerzen in dem getroffenen Körperteil bilden gewöhnlich die erste Klage und stehen auch späterhin im Vordergrunde der subjektiven Beschwerden. Bei den im Anschluss an Eisenbahnunfälle entstehenden Neurosen hat der Schmerz seinen Sitz im Rücken, in der Gegend des Kreuzes. Bei mechanischer Gehirnerschütterung ist die psychische Sphäre oft stark beteiligt. Hier nimmt die Hypochondrie und Melancholie eine hervorragende Stelle ein. In der Symptomatologie der nach Kopfverletzungen entstehenden Neurosen bilden Kopfschmerz und Schwindelanfälle ein hervorstechendes Moment. Der Schwindel kann so stark sein, dass der Kranke erblasst und zu Boden stürzt. In vielen Fällen tritt er jedesmal ein, wenn Patient sich bückt und ist dann gewöhnlich mit starker Rötung des Gesichts verbunden. Als neurasthenische Erscheinungen treten weiterhin auf: Schlaflosigkeit, allgemeine Muskelschwäche, in der Mehrzahl der Fälle nachweisbare Steigerung der Sehnenphänomene. Die mechanische Muskel- und Nervenerregbarkeit ist erhöht. Häufig findet sich eine Beschleunigung der Pulsfrequenz und noch öfter eine abnorme Erregbarkeit des Herznervensystems, sodass geringe Anstrengungen und seelische Eindrücke die Pulsfrequenz unverhältnismässig ansteigen lassen. Seltener besteht Arythmiacordis. Ausser der allgemeinen Muskelschwäche und Anenergie der Bewegungen, sowie der durch Schmerzen bedingten Bewegungshemmung kommen Lähmungs-

zustände vor, die sich in wesentlichen Punkten von den durch organische Erkrankungen des zentralen Nervensystems bedingten unterscheiden. Von grosser diagnochischer Bedeutung ist so die Tatsache, dass sich z. B. die unilaterale Lähmung immer auf der Seite entwickelt, auf der das trauma angegriffen hat. Die nach Kopfverletzungen entstehende funktionelle Hemiplegie entspricht immer der Seite der Verletzung. Was den Charakter der Lähmung betrifft, so ist sie zuweilen eine schlaffe, häufiger mit Kontraktur verknüpft. Anaesthesien und Paraesthesien namentlich auf der vom trauma getroffenen Seite sind fast konstant vorhanden.

Die Erkennung von traumatischen Neurosen ist mitunter ausserordentlich leicht, aber bei manchen Kranken auch wieder ungewöhnlich schwierig. Nach P. Schuster ist bei der Diagnosestellung der traumatischen Neurosen dreierlei zu unterscheiden und dreierlei festzustellen.

1. Handelt es sich überhaupt um eine Neurose?
2. Ist die Neurose eine traumatische, d. h. auf einen Unfall zu beziehen?
3. Welche Form der traumatischen Neurose liegt vor?

Die Beantwortung der ersten Frage, ob eine Neurose vorliegt, ist meist leichter als die Beantwortung der beiden anderen Fragen. Nur die ausgesprochenen Formen der traumatischen Neurosen bieten so charakteristische Krankheitsbilder dar, dass eine Verkennung kaum möglich ist und die Diagnose beim ersten Anblick des Patienten gestellt werden kann. Schwierigkeiten in der Diagnose machen nur die nicht ausgesprochenen Krankheitsbilder. Von organischen Krankheiten kommen, wenn es sich um Krankheitsbilder mit Allgemeinklagen und Allgemeinerscheinungen handelt, differentialdiagnostisch am ehesten in Betracht: multiple Sklerose, allgemeine Arteriosclerose, progressive Paralyse. Auch verschiedene innere Erkrankungen kommen in Betracht: chronische Nierenleiden, Diabetes etc. Die Entscheidung darüber, ob das vorliegende Leiden ein organisches oder funktionelles, lässt sich, wenn auch nicht immer sofort und nach einer einzigen Untersuchung, so doch meist nach wiederholter Untersuchung oder klinischer Beobachtung mit grosser Sicherheit stellen. Ist ein organisches Leiden durch die Untersuchung ausgeschlossen, so könnte es sich noch darum handeln, ob Simulation vorliegt und ist der Beweis zu erbringen, dass dieses nicht der Fall.

Die Prognose der traumatischen Neurosen quoad vitam ist von besonderen Komplikationen und Unglücksfällen abgesehen eine durchaus günstige. Zu jenen Komplikationen ge-

hören körperliches Siechtum und Suicid. Während ersteres zu den Seltenheiten zu rechnen ist, kommt letzteres häufiger vor, besonders bei schweren Hypochondrien, Hysterien und Mischformen derselben. Dies ist oft dann der Fall, wenn auch die Erscheinungen des chron. Alkoholismus eine Rolle in dem Symptomenbild spielen. Verzweiflung über die Unfähigkeit, die Familie zu ernähren, Ärger und Wut über ein erlittenes vermeintliches oder wirkliches Unrecht und ähnliche Affecte bilden gewöhnlich die Ursache des Selbstmords. Bei weitem ungünstiger als die Prognosis quoad vitam gestaltet sich meist die Prognosis quoad sanationem. Hier ist in erster Linie zu betonen, dass die Prognose durch das Bestehen von Entschädigungsansprüchen irgendwelcher Art verschlechtert wird. Die meisten Formen der traumatischen Neurosen zeigen hinsichtlich der Prognose eine deutliche Differenz. Die relativ beste Prognose bieten die leichten und mittelschweren Formen mit neurasthenischem Charakter nach einfachen peripherischen Verletzungen oder leichten Kopftraumen, sowie die Fälle mit nicht zu schweren, rein hysterischen Erscheinungen. Sobald jedoch andauernde Schmerzzustände vorliegen, wie Rückenschmerzen und Rückensteifigkeit, verschlechtert sich die Prognose. Ausserordentlich ungünstig ist die Prognose in den Fällen, in welchen die Neurose auf dem Boden einer Imbecillität erwachsen ist, ebenso bei allen echten traumatischen Hypochondrien. Die Dauer des Krankheitsverlaufs zählt eigentlich nie nach Tagen oder Wochen, meist nach Monaten und häufig nach Jahren. Im allgemeinen kann man sagen, dass das Krankheitsbild der Fälle mit schlechter Prognose sich nicht nur qualitativ, sondern auch meist quantitativ unverändert erhält. Bei Männern und Frauen ist die Prognose der traumatischen Neurosen im allgemeinen die nämliche. Kinder nehmen insofern eine besondere Stellung ein, als hier die Prognose günstiger ist als bei Erwachsenen und Ansprüche auf Entschädigung eine grössere Rolle spielen. Für die Behandlung ist die Zeit unmittelbar nach dem Unfall die geeignetste. In dieser Zeit, dem „status nascendi“ der Krankheit, in welchem die krankheitsfördernden Vorstellungen und Einflüsse am gefährlichsten sind, können auch die jenen entgegenwirkenden ärztlichen Beeinflussungen am meisten nutzen. Die Behandlung müsste von einem Arzte übernommen werden, der genügend Zeit für den Patienten übrig hat, um sich dessen Vertrauen zu erwerben. Abgesehen davon müsste der erstbehandelte Arzt genügend psychiatrische und neurologische Routine besitzen, um die allerersten Anfänge der Neurose erkennen und ihnen entgegenwirken zu können. Er könnte auf Grund einer ausführlichen Untersuchung den Verletzten darüber be-

ruhigen, dass keine weiteren Folgen zu befürchten wären und müsste gleichzeitig die Nachwirkungen des etwa erlittenen psychischen Stocks dadurch wieder ausgleichen, dass er im Gegensatz zu der Umgebung des Kranken den Unfall als wenig bedeutungsvoll und nebensächlich hinstellt. Ferner sollte sich der erstbehandelnde Arzt bemühen, wirklich auftretende nervöse Zeichen und Beschwerden womöglich als vom Unfall unabhängig darzustellen und auf irgendwelche andere Ursachen zu beziehen. Hat sich eine traumatische Neurose bei dem Verletzten entwickelt, so sind es in erster Reihe wieder die psychischen Mittel, die anzuwenden sind, in zweiter Linie solche, wie sie bei der Behandlung von Nervenkranken überhaupt üblich sind: Die Hydrotherapie in Form von Bädern, feuchten Einpackungen, warmen und kalten Abreibungen, lokale, manuelle Massage, Vibrationsmassage. An Medikamenten kommt Brom Valeriana und für manche Fälle das Opium in Betracht. Das punctum saliens in der Behandlung der traumatischen Neurotiker dürfte jedoch in der Beschaffung einer leichten Arbeit liegen, einer Arbeit, die gewinnbringend und von Erfolg gekrönt imstande ist, die Aufmerksamkeit der Patienten von sich und ihren Leiden abzulenken.

Im Folgenden sei es mir erlaubt, über einen in hiesiger Klinik zur Beobachtung und Behandlung eingebrachten Fall Näheres mitzuteilen.

Patient L., 22. V. 1870 zu Dammau (Kreis Plön) geboren, stürzte am 3. IX. 02 durch einen Fehltritt von der ersten Etage eines Baues. Zuerst hing er mit einem Arm an einem Träger, konnte sich jedoch nicht solange halten bis Hülfe kam und fiel dann durch die Parterreträgerlage in das Kellergeschoss. L. zerstiess sich Kopf und Hüfte. Der im gleichen Hause wohnende Dr. R., der sofort gerufen wurde, stellte fest, dass Patient aus dem Ohr blutete und veranlasste die Überführung des L. in die akademischen Heilanstalten. Bei seiner Vernehmung am 23. X. 02 gab. L. an, auf den Kopf gefallen zu sein. Der Kopf habe heftig geblutet, auch sei Blut aus dem Ohr, der Nase und dem Mund geflossen. Bewusstlos sei er nicht gewesen. Erbrochen habe er nicht. Nach der durch die Frau des Patienten aufgenommenen engeren Anamnese ist Patient früher stets gesund gewesen. Patient ist wegen Verlust eines Fingers vom Militärdienst befreit. Seit 1892 verheiratet, kinderlos. Vor dem Unfall hat Patient stark getrunken. In der Trunkenheit war er sehr heftig, demolierte Gegenstände, prügelte seine Frau und stach nach ihr mit dem Messer. An Krämpfen, Schwindel, Ohnmachtsanfällen hat er früher nie gelitten. Der Vater des Patienten hat Suicid durch

Erhängen verübt. Die Mutter des Patienten ist in den Irrenanstalten in Schleswig gestorben.

Bei der Aufnahme des Patienten in der chirurgischen Klinik ergab sich als objektiver Befund folgendes: Dicht über der rechten Stirnhälfte bestand eine klaffende mässig blutende Quetschwunde. Aus beiden Ohren, besonders dem linken, entleerten sich reichliche Mengen Blutes. Das linke Augenlid konnte nicht völlig geschlossen werden, ebensowenig vermochte Patient die linke Stirnseite zu runzeln und den linken Mundwinkel zu heben. Versuch zu pfeifen, war unmöglich, da die linke Mundseite beim Spitzen des Mundes weit offen blieb. Die Falten der linken Gesichtshälfte waren etwas verstrichen. Die rechte Hüftgegend war stark geschwollen, sehr schmerzhaft, die Haut an dieser Stelle mit Schrunden bedeckt. Passive Bewegungen sehr schmerzhaft und etwas behindert. Der Abstand von den spin. supp. ant. bis zum oberen Kniescheibenrand beiderseits gleich. Puls verlangsamt, 48 Schläge pr. Min., aber nicht gespannt. Patient wurde 3 Wochen lang bei ebener Lagerung im Bett gehalten und am 27. Septbr. in ambulante Behandlung entlassen.

Bei der am 15. XI. 02 vorgenommenen Untersuchung klagte Patient über häufige besonders im Hinterkopf und der Stirn auftretende heftige Schmerzen. Morgens beim Aufstehen litte er an Schwindel. Von seiten des verletzten Beines hätte er keine nennenswerten Beschwerden. Die Gesichtsfalten waren links verstrichen, das linke Auge konnte nur halb geschlossen werden. Die ophthalmoskopische Untersuchung war ohne Befund. Der linke Gehörgang war gerötet, die eingelegte Watte wies Blutspuren auf. Hörvermögen normal. Der behaarte Schädel war druckempfindlich, die Patellarreflexe nicht erhöht.

In seinem am 15. XI. 02 abgegebenen Gutachten diagnosticierte Dr. B. (chir. Klinik) den Unfall als Schädelbasisfraktur mit Facialislähmung, bedingt durch intracranielle Quetschung der betreffenden Nerven. Er empfahl für die nächste Zeit Schonung, Enthaltung von jeder Arbeit auf mindestens $^1/_2$ Jahr und erkannte vorläufig auf volle Erwerbsunfähigkeit. Nach dem am 9. XII. 02 von Dr. B. eingeholten Gutachten waren die Beschwerden des Patienten folgende beständige Kopfschmerzen besonders im Hinterkopf, morgens starkes Schwindelgefühl. Es fand sich: Lähmung des r. facialis, eitriger Ausfluss aus dem linken Ohr, Schmerzhaftigkeit des proc. mastoideus. Bei Verschiebung des Unterkiefers nach rechts hatte Patient das Gefühl, als ob ihm ein Knochen im Ohr stäcke.

Dr. B. empfahl Schonung, hielt dauernde Überwachung des Patienten für notwendig und schätzte die Erwerbsunfähigkeit auf 100 %. In seinem Gutachten vom 26. III. 03 führte Dr. N. aus: Es habe sich seiner Zeit um Lähmungserscheinungen im ganzen Gebiet des linken nervus facialis gehandelt, wahrscheinlich bedingt durch eine Eiterung aus dem linken Ohr. Statt der Lähmungserscheinungen habe sich nun ein gewisser Krampfzustand der linken Gesichtshälfte eingestellt, der auf eine entzündliche Reizung in der Umgebung des zentralen Teils des n. facialis deute. Er schätzte die Erwerbsunfähigkeit ebenfalls auf 100 % und riet sehr zur Vorsicht.

Am 7. X. 03 führte Dr. N. aus: Eine Änderung im Allgemeinzustand sei nicht eingetreten. Patient sei wohl zuweilen frei von Beschwerden, jedoch machen Kopfschmerzen und Schwindelgefühl sich angeblich nach jeder Anstrengung bemerkbar und machen auch leichtere Beschäftigung unmöglich. Die noch vorhandene Schiefstellung des Gesichts wie die leichten Krampferscheinungen seien durch eine in der Umgebung des zentralen Teils des Nerv. noch vorhandene Reizung zu erklären. Volle Erwerbsunfähigkeit, dauernde Überwachung.

Bei der Nachuntersuchung vom 15. I. 04 wurde von Dr. N. und Dr. B. die Möglichkeit einer organischen Erkrankung als widerlegt, L. zu leichter Arbeit fähig erklärt und die Einbusse der Erwerbsunfähigkeit auf $66^2/_3$ % geschätzt. In dem Gutachten heisst es: Es bestünden zwar noch Reizerscheinungen von seiten des facialis, aber die Ohreiterung habe aufgehört. Das Allgemeinbefinden, Ernährungs- und Kräftezustand seien gut. Bis auf die durch die facialis Reizung bedingte Schiefstellung des Gesichts sei das Untersuchungsergebnis negativ. Die Möglichkeit einer organischen Erkrankung scheine jetzt nach $1^1/_2$ Jahren, wo noch keine weiteren schweren Veränderungen eingetreten seien, ziemlich ausgeschlossen. Leichte Arbeit werde dem Patienten nicht schaden, sondern durch Ablenkung seiner Aufmerksamkeit von seinen Beschwerden eher nützen. Patient legte gegen die Herabsetzung der Rente Berufung ein. Er habe versucht, leichte Arbeiten zu verrichten, habe aber dabei die Wahrnehmung gemacht, dass er weiter nichts machen könne als spazieren gehen oder im Zimmer sitzen. Wolle er etwas heben, so entstehe ihm beim Bücken das Gefühl, als wenn der Kopf platzen wolle, als wenn alles aus ihm herausdränge. Fahre er mit einer Karre über ein hartes unebenes Pflaster, dröhne und hämmere es im Kopf, dass er auch diese Arbeit aufgeben müsse. Die Schmerzen im Kopf, von denen er nie ganz frei sei, steigerten sich bisweilen ohne äusseren Anlass bis zur Unerträglichkeit. Ziehe

man dann in Betracht, dass Schwindelanfälle schon aufträten, wenn er aufwärts blicke, so werde man wohl zugeben müssen, dass er zu keiner Arbeit fähig sei.

Das Schiedsgericht holte daraufhin ein Gutachten von Prof. H. ein, in welchem es unter anderem heisst: Patient sei vom 30. III. bis 2. IV. 04 in der chirurg. Klinik aufgenommen gewesen und habe angegeben, Kopfschmerzen verspüre er andauernd und zwar in der Stirn und im Hinterkopf. Nur beim Liegen während der Nacht sei er schmerzfrei. Zeitweise seien diese Kopfschmerzen sehr stark. Bücken verursache sehr heftige Kopfschmerzen. Das Schwindelgefühl sei gegen früher sehr gebessert. Etwas Schwindel verspüre er noch, wenn er morgens das Bett verlasse oder wenn er irgendwo auf der Strasse stehe und in die Höhe blicke. Von der krampfhaften Zusammenziehung der linken Gesichtshälfte verspüre er nichts mehr und habe davon keine Beschwerde. Der objektive Befund lautete: guter Ernährungszustand, bedeutende Ungleichheit des Gesichts. Linke Mundhälfte in die Höhe gezogen, linke Nasolabialfalte viel tiefer als die rechte. Lidspalte links deutlich kleiner als rechts. Die ganze linke Gesichtshälfte erscheine kleiner und zusammengezogen. Auf der linken Stirnseite sind die Falten glatter als rechts wie verstrichen. Man bemerke im Bereiche der linken Gesichtshälfte häufig ein Zucken, durch welche die linke Mundseite etwas gehoben, die Wange zusammengezogen werde. An der linken Stirnhälfte Zucken der unter der Haut liegenden Muskelfasern. Die rasch hervorgestreckte Zunge zeige eine etwas mehr nach links gehende Richtung. Der Verschluss beider Augen gelinge vollkommen, rechts wie es scheine noch fester als links. Das Beklopfen der Stirn- und Hinterhauptsgegend verursache angeblich Schmerzen, während der Schädel im übrigen auf Beklopfen schmerzfrei sei. Romberg in geringem Grade vorhanden. Patellarreflex lebhaft gesteigert, ebenso die Bauchreflexe. Fussklonus nicht auslösbar. Puls 72, regelmässig. Vasomotorisches Nachröten in ausgesprochenem Masse vorhanden. Hautsensibilität überall erhalten. Die ausgestreckten Finger zeigen keinen Tremor. Infolge Schädelbasisfraktur sei es zu einer Verschiebung beider Felsenbeine, besonders des linken und Quetschung des l. Facialis mit nachfolgender Lähmung gekommen. In der Zeit zwischen 9. XII. 02 und 26. III. 03 habe sich aus der Lähmung ein Krampfzustand entwickelt. Es sei mit Sicherheit anzunehmen, dass der gequetschte Nerv sich habe wieder erholen können, dass er aber infolge eines innerhalb des Felsenbeines auf ihn einwirkenden Druckes in den Zustand einer gewissen entzündlichen Reizung

gekommen sei. Seit der Untersuchung vom 26. III. 03 sei eine wesentliche Besserung nicht eingetreten. Auf Grund dieses Gutachtens gelangte Patient wieder in den Besitz der vollen Rente.

Am 4. XII. 04 erschien die Ehefrau des Patienten im Sektionsbüro der Berufsgenossenschaft und erklärte, ihr Mann sei immer sehr aufgebracht und gewalttätig. Arbeit habe derselbe bisher nicht verrichtet, behaupte auch, sie nicht verrichten zu können. Ihr mache er die Arbeit aber dadurch unmöglich, dass er sie fortwährend schelte und prügele. Am 7. Juni 1905 schätzten Dr. N. und Dr. B. die Erwerbsbeschränkung auf $66^2/_3$ %. Zur Begründung bezogen sie sich auf ihr Gutachten vom 15. I. 04. Die in letzter Zeit mehrfach zuletzt am 11. III. 05 vorgenommene Untersuchung ergebe ausser einem geringen Reizzustand des linken facialis, kenntlich an leichten krampfartigen Zuckungen in der Muskulatur der linken Gesichtshälfte keine objektiv nachweisbaren Veränderungen. Im übrigen mache Patient den Eindruck eines vollkommen gesunden Mannes. Sie hielten es für sicher, dass gegen die übrigen auf allgemeine Nervosität hinweisenden Beschwerden Arbeit das einzige und beste Heilmittel sei. Sie glaubten jetzt $3^1/_2$ Jahre nach dem Unfall empfehlen zu müssen, einen energischen Arbeitsversuch zu erzwingen. Die Rente wurde daraufhin auf $66^2/_3$ % herabgesetzt. Die von Patient am 15. IV. 05 eingelegte Berufung wurde auf Grund des Untersuchungsergebnisses von Dr. S., dem Vertrauensarzte der Berufsgenossenschaft, der sich den Ausführungen von Dr. N. und Dr. B. anschloss, verworfen.

Am 17. VIII. 05 legte Patient Rekurs beim Reichsversicherungsamt ein. Er verwies in erster Linie auf seine Berufungsschrift und das Gutachten des Prof. H. Er stellte die zuletzt von Dr. N. und Dr. B. vorgenommene Untersuchung als eine oberflächliche hin und verlangte eine gründliche Untersuchung. Vielleicht glaubten die Herren, dass man einen Nervenkranken am besten durch fortwährende Aufregungen, wie sie solche Rentenkürzungen mit sich brächten, heilen zu können. Wo sei die Behandlung geblieben, die das Schiedsgericht als notwendig empfohlen habe, wo sei die Ohruntersuchung geblieben, von der die Rede war. Zur Heilung tue die Berufsgenossenschaft nichts, statt dessen setze sie alljährlich die Rente herab etc.

Am 30. X. 05 wurde Patient der hiesigen psychiatrischen und Nervenklinik zur Beobachtung zugewiesen. Patient ist 1,68 m gross, 67 kg schwer, von kräftigem Knochenbau. Muskulatur und Fettpolster mässig entwickelt. Gesicht normal ge-

rötet. Schädel auf Druck und Beklopfen stellenweise empfindlich. Auf der rechten Stirnseite in der Haargrenze eine kleine nicht druckempfindliche verschiebliche Narbe. Rechts wird die Stirnmuskulatur stärker bewegt als links. Augenschluss gelingt beiderseits, jedoch links mit geringerer Kraft. Linke Lidspalte kleiner als die rechte. Die linke Nasolabialfalte stark ausgeprägt, der ganze Mund nach links verzogen. Von Zeit zu Zeit treten in der Muskulatur der linken Gesichtshälfte kleine krampfartige Zuckungen auf. Austrittsstellen der Trigeminusäste auf Druck nicht empfindlich. Pupillen gleich, mittelweit, rund. Augenlichtergrund normal, Sehschärfe ebenfalls. Bei Beklopfen des Facialisstammes treten Zuckungen auf, besonders links. Leichtes Zittern der Hände. Zunge wird gerade herausgestreckt, zittert leicht. Rachen gerötet. Sprache nicht gestört. Rachenreflex vorhanden. Am linken Mittelfinger fehlt die Endphalange. Händedruck beiderseits kräftig, rohe Kraft der Entremitäten beiderseits gut und gleich. Patellarreflex links lebhafter als rechts. Kein Fussklonus. Bei Fussaugenschluss leichtes Schwanken ohne Gleichgewichtsverlust. Grosse Nervenstämme, Wirbelsäule nicht druckempfindlich. Leichte allgemeine Herabsetzung der Schmerzempfindung, nicht der Tastempfindung.

Radialis etwas geschlängelt und rigide. Puls 78, regelmässig. Herztöne rein, Herzdämpfung nicht vergrössert, Lungen ohne Besonderheiten. Urin ohne Eiweiss, ohne Zucker.

Patient klagt über Schmerzen besonders in der Gegend der Stirn und des Hinterkopfes. Morgens beim Aufstehen leide er an Übelkeit „Es steigt hoch vom Magen auf". Wenn er in die Höhe blicke, fühle er sich unwohl. Drehschwindel habe er nicht. In seinem Wesen sei er nicht wie früher, er sei furchtbar aufgeregt, schimpfe von morgens bis abends. Beim Gähnen und Lachen habe er Schmerzen in der linken Wange, ebenso bei längerem Herausstrecken der Zunge. Das Gefühl, als ob ein Knochen im Ohr stecke, habe er nicht mehr. An Krämpfen und Ohnmachtsanfällen leide er nicht. Schlaf wie Appetit seien gut. Auf Befragen nach seiner Stimmung fängt Patient an zu weinen „Ja vergnügt kann man nicht mehr sein".

1. XI. 05.

	R.	L.
Geruchsprüfung		
Acid. acet.	+	+
Vl. Menth.	+	+
Asa foet.	+	+
Geschmacksprüfung		
Na Cl	+	+
Chinin	—	—

Puls in der Ruhe 108. Nach 3maligem Laufen durch den Saal 120. Patient klagt über Kopfschmerzen, doch seien diese erträglich.

2. XI. 05.

Patient klagt über Schwindelgefühl, das namentlich beim Aufrichten und Aufstehen auftrete. Heute Mittag ist er auf einer Treppe abgerutscht und einige Stufen heruntergerutscht, ohne zu fallen. Angeblich hat er den ganzen Nachmittag an heftigen Kopfschmerzen gelitten. Danach ist er guter Stimmung, unterhält sich gut mit den anderen Kranken und beschäftigt sich mit Hausarbeit.

3. XI. 05.

Auf Befragen, wie es ihm gehe, sagt er, es gehe ihm ordentlich. Bei Beklopfen der Stirn und des Hinterkopfes zuckt Patient schmerzhaft zusammen und verzieht das Gesicht. Er giebt an, das Klopfen verursache ihm Schmerzen, stark seien dieselben jedoch nicht. Patellarreflex vorhanden, ebenso vasomotorisches Nachröten. Letzteres tritt spät, aber deutlich ein. Puls in Ruhe 76, nach 10 Rumpfbeugen Atemfrequenz 27, Puls 96. Nach drei Minuten Ruhe Puls wieder 76. Patient hat keine Beschwerden dabei gehabt. Elektrische Erregbarkeit auf der ganzen linken Gesichtshälfte herabgesetzt für beide Stromesarten, keine Entartungsreaktion.

4. II. 05.

Puls im Liegen 72, nach einfachem Aufrichten Puls 96, leicht unregelmässig, beruhigt sich erst nach 5′ zu 82. Nach Aufstehen Puls 96. Nach 10′ Bohnern Puls 160, mehrfach 1—2 Schläge aussetzend. Atmung 36, mühsam. Nasenflügel dabei bewegt. Nach 1/4 St. Ruhe Puls 104. — 6. XI. 05. Puls im Stehen meist zwischen 86 und 100. Im Liegen 72—76. Jede geringe Bewegung lässt die Pulszahl bis 100 und höher steigen. Patient beschäftigt sich freiwillig bei der Hausarbeit. Klagen unverändert. Heute ausserdem noch reissende Schmerzen im Hinterkopf. — 8. XI. Puls dauernd sehr labil, schwankt schon beim Aufsitzen und mässigen Bewegungen erheblich, wird leicht unregelmässig. Bei Reizung der Nasenschleimhaut links erheblich stärkere Tränensekretion als rechts. Messung der Hauttemperatur ergiebt:

auf der Stirn rechts 33°, links 32,4°
auf der Wange rechts 33,6°, links 32,8°.

10. XI. 05.

Klagt über ständige Kopfschmerzen, Puls sehr labil, meist beschleunigt.

13. XI. 05.

Schlaf gut, Kopfschmerzen meist erträglich, Schwindelanfälle nicht beobachtet.

Das auf Ersuchen des Reichsversicherungsamtes von der hiesigen psychischen und Nervenklinik abgegebene Gutachten lautet mit Bezugnahme auf die von Dr. B. und Dr. N. angefertigten Gutachten und auf Grund längerer Beobachtung des Patienten in der betreffenden Klinik dahin, dass in dem Zustande des Patienten eine geringe Besserung zu verzeichnen sei und zwar seit dem 1. II. 04. Diese bestehe darin, dass Patient keinen Drehschwindel mehr habe und nur noch zeitweise beim Aufstehen leichte Übelkeit, die aber rasch wieder verschwinde. Schwere Arbeit könne er, wie aus dem Verhalten des Pulses hervorgehe, nicht leisten. Jedoch sei es zweckmässig, ihn durch Kürzung der Rente an die leichte Arbeit zu gewöhnen, die er zu verrichten vermöge. Seine Erwerbsunfähigkeit sei auf 75 % zu schätzen. — Am 10. II. 08 wird Patient der Klinik zwecks Untersuchung wieder zugewiesen. Eine weitere Besserung ist inzwischen eingetreten. Der Schlaf ist jetzt gut. Die Kopfschmerzen scheinen an Heftigkeit und Intensität abgenommen zu haben. Die Stimmungslage ist gleichmässiger und ruhiger geworden. Patient kann in allem 4 Stunden Gartenarbeit verrichten und trägt nachmittags Zeitungen aus. Der Befund auf der linken Gesichtshälfte ist ziemlich unverändert. Die Klopfempfindlichkeit des Schädels ist dagegen nur noch eine ganz geringe. Die Steigerung der Sehnenreflexe, ebenso das Schwanken bei Fussaugenschluss sind nicht mehr vorhanden. Vor allem ist die leichte Erregbarkeit und Labilität des Herzens, die bei der letzten Untersuchung noch so ausgesprochen war, nicht mehr nachweisbar. Die noch bestehende Erwerbsunfähigkeit beträgt 50 %.

Wie wir sehen, hat sich bei L. auf Grund eines schweren Kopftraumas ein Zustand ausgebildet, der zufolge seiner nervösen Erscheinungen wohl in das Gebiet der Neurosen nach trauma einzureihen ist. Das psychische Moment, dem für die Entstehung derartiger Neurosen heutzutage anerkanntermassen die wesentlichste Bedeutung beigemessen wird, ist hier sehr ausgeprägt. Während seines Fallens ist es L. nämlich gelungen, einen Pfahl zu fassen, der ihn retten könnte, doch ist es ihm nicht möglich, sich zu halten, bis Hülfe kommt. Als ein für die Entwickelung dieser Neurose praedisponierendes Moment muss Alkoholmissbrauch und neuropathische Belastung angesehen werden. Von der anfänglichen vollständigen linksseitigen Facialislähmung, die erst sekundär in den Zustand der Facialiskontraktur übergeht, abgesehen ist objektiv die Steigerung der Patellarreflexe, geringes Schwanken bei Fussaugenschluss und eine eminente Labilität der Herztätigkeit, die jede grössere Anstrengung verbietet, von Bedeutung. Als subjektive Symptome stehen ständig vorhandener starker Kopfschmerz, ferner

Schwindelgefühl, das sich besonders morgens beim Aufstehen bemerkbar macht, im Vordergrund. Daneben findet sich ein gewisser Grad von Hypochondrie. L. ist leicht geneigt, zu weinen und seinen Zustand als der Besserung nicht fähig anzusehen. Ob der Kampf um die Rente, der hier sehr lebhaft ist und den Strümppel für einen für die Verschlimmerung des Leidens sehr ins Gewicht fallenden Faktor gehalten wissen will, bei L. diese üblen Folgen gezeitigt hat, möchte ich nicht entscheiden. Möglich ist es immerhin.

An Simulation, die nach einem stattgehabten Unfall gern angewendet wird, um sich auf leichte Weise in den Besitz einer Rente zu setzen, ist in diesem Falle nicht zu denken. Dagegen sprechen vor allem das labile Verhalten der Herztätigkeit, ferner das Schwanken bei Fussaugenschluss und die Steigerung der Patellarreflexe. Ebenso ist ein fortschreitendes organisches Gehirnleiden auszuschliessen, da weitere Symptome, die eine solche Annahme unterstützen könnten, ausgeblieben sind. Wohl könnte es jedoch infolge des erlittenen Unfalls zu feineren Zertrümmerungen und Blutungen in der Gehirnsubstanz gekommen sein, die oft einen dauernden Reiz- und Schwächezustand hinterlassen. Gerade die von L. angegebenen Kopfschmerzen, das Schwindelgefühl, seine grosse Reizbarkeit und sein weinerliches Wesen, das dureh längere Beobachtung in der hiesigen Nervenklinik festgestellt ist, entsprechen ganz dem Bilde der nervösen Störungen, die man nach solchen Verletzungen der Gehirnsubstanz gelegentlich zurückbleiben sieht. Dr. H. betont in seinem Gutachten vom 2. IV. 04 ebenfalls, dass für die Annahme von zentralen im Gehirn liegenden Veränderungen keine Anhaltspunkte sich bieten. Denn einerseits seien Erscheinungen von irgend einer Gehirnerkrankung nicht vorhanden, andererseits bilde der bei L. positive Ausfall des Kösterschen Versuches dafür eine Stütze. Dieser beweise, dass der nervus facialis innerhalb seines knöchernen Verlaufes im Felsenbein einen Zustand der Reizung darbiete und dass das zentralwärts gelegene Stück dieses Nerven unverändert sei. — Die zuletzt am 10. II. 08 vorgenommene Untersuchung lässt eine weitere Besserung erkennen. Es dürfte daher wohl am Platze sein, die Prognose sowohl quoad vitam als auch quoad sanationem auch weiterhin als eine günstige zu bezeichnen.

* * *

Zum Schluss möchte ich mir erlauben, Herrn Geheimrat Professor Dr. Siemerling für die gütige Überlassung des Falles und für die freundliche Unterstützung bei Bearbeitung desselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Vita.

Am 17. September 1882 zu Bielefeld als Sohn des Sanitätsrates Dr. Warnek geboren, evang. Konfession, besuchte ich drei Jahre die Vorschule zu Bielefeld, um dann zum Gymnasium zu Bielefeld überzugehen. Auf Obersekunda verliess ich das Gymnasium zu Bielefeld und siedelte auf das Fürstlich-Lippische Gymnasium zu Lemgo über, das ich Ostern 1904 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich studierte dann auf den Universitäten Tübingen, Göttingen, Kiel, Medizin. In Göttingen bestand ich das Physikum, in Kiel im Sommer 1909 das Staatsexamen. Vom Militärdienst befreit, Landsturm mit Waffe.

Literatur.

Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten.
Eichhorst: Pathologie und Therapie.
Thiem: Handbuch der Unfallerkrankungen.
Deutsche Klinik 1908 6,1.